

Politiche sociosanitarie per anziani non autosufficienti.**Introduzione e quadro di riferimento**

La questione della non autosufficienza rappresenta uno dei temi più dibattuti soprattutto in virtù della sua **rilevanza quantitativa**. Nella maggior parte dei Paesi sviluppati, infatti, il progressivo invecchiamento della popolazione, la conseguente maggiore speranza di vita, la crescente incidenza delle malattie croniche e le trasformazioni della struttura familiare, stanno determinando un aumento della domanda di prestazioni assistenziali. Di conseguenza, sarà sempre più necessaria una diversa calibratura delle attività svolte da famiglie, pubbliche amministrazioni e mercato.

Alcuni dati sintetici possono aiutare a inquadrare il fenomeno. Dal punto di vista della domanda, l'indice di dipendenza degli anziani (anziani residenti con oltre 64 anni ogni 100 adulti in età lavorativa) mostra un andamento crescente sia in Toscana che in Italia, con una stima per il 2060 di una quota di anziani attorno al 60%. L'indice di invecchiamento mostra un numero di soggetti di età superiore ai 64 anni all'interno delle tre ASL toscane per l'ultimo anno disponibile (2019) pari a 947.088 persone. Infine il peso dei "grandi anziani", ovvero delle persone con oltre 85 anni di età nel 2060 raggiungerà poco meno del 25% del totale della popolazione anziana a livello regionale. L'indice di pressione, secondo i dati elaborati da ARS al 31/12/2018, si attestava per la Toscana al 12,5% con 156.989 anziani su una popolazione di potenziali caregiver di 1.254.366.

Per quanto riguarda invece i servizi offerti dal settore pubblico, in Italia la spesa pubblica complessiva per Long Term Care (LTC) ammontava al 1,7% del PIL nel 2018, di cui circa tre quarti erogata a soggetti con più di 65 anni. La componente sanitaria e le indennità di accompagnamento coprono complessivamente l'86% della spesa complessiva per LTC (rispettivamente, il 41% ed il 45%). Il restante 14% è rappresentato dalle altre prestazioni assistenziali (Ragioneria Generale dello Stato 2019, 124). Per quanto riguarda la percentuale di anziani residenti in assistenza domiciliare, i dati forniti da ARS Toscana consentono una ricostruzione della serie storica. Tra il 2012 e il 2017 si osserva un andamento crescente: si tratta nel complesso di 25.317 soggetti (2017) presi in carico e assistiti in questo setting, con un incremento del 21% rispetto al 2012. Spostando l'attenzione sugli anziani non autosufficienti assistiti dai servizi territoriali, il dato al 2018 mostra la presenza di 30.323 soggetti con una presa in carico (domiciliare o residenziale) su una platea di 80.875 non autosufficienti. Il rapporto standardizzato e quindi pari a 403,6. In altre parole, ogni mille anziani non autosufficienti, circa 404 soggetti sono assistiti dai servizi territoriali.

La possibilità di ricevere assistenza in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) deve essere analizzata considerando che l'impostazione della regione è quella di mantenere, fin quando possibile, l'anziano al proprio domicilio: la Toscana, infatti, può essere ricompresa nel "modello dell'assistenza sanitaria domiciliare", che vede un tasso di anziani beneficiari di ADI più elevato mentre SAD e indennità sono poco sviluppati (Network Non Autosufficienza 2018, 48).

Nell'allegato B) "Ridefinizione del ruolo e riqualificazione dell'offerta delle RSA", oltre a fornire un quadro conoscitivo delle RSA della Toscana, si evidenziano le azioni messe in atto durante l'emergenza epidemiologica e si tracciano alcune azioni da mettere in atto per la revisione del modello.

Emergenza Covid-19

In questo scenario l'emergenza Covid-19, scoppiata alla fine del 2019 e protrattasi fino ai nostri giorni ha portato all'attenzione dell'opinione pubblica la situazione dei servizi per la non autosufficienza e per la disabilità, evidenziandone i punti di forza come anche quelli di debolezza.

La Regione Toscana, fin dall'inizio dell'emergenza epidemiologica, sulla base delle disposizioni nazionali (Governo e Istituto Superiore di Sanità), ha emanato una serie di disposizioni, in particolare destinate alle RSA e alle altre strutture sociosanitarie, contenenti le indicazioni per la gestione dell'emergenza. Tali indicazioni sono state costantemente aggiornate alla luce dei progressi che la comunità scientifica ha fatto durante questi mesi e in base all'andamento dell'emergenza epidemiologica.

Nella difficoltà legata alla gestione dell'epidemia si è però anche aperto un dibattito sulla necessità di intervenire in termini di **riorganizzazione dei servizi**, affinché si sviluppino nuovi modelli e si rafforzino quelli che si sono dimostrati efficaci a dare una risposta appropriata ai bisogni anche in questa fase emergenziale, come per esempio le Usca, i team multiprofessionali, l'utilizzo di strumenti informatizzati per entrare in contatto in tempo rapido con i pazienti/utenti, ecc.

Piani e programmi di riferimento

La riorganizzazione dei servizi sociosanitari dovrà avvenire con uno sguardo al passato, verso i punti di forza del sistema, e con un'attenzione anche maggiore al futuro, in considerazione di quanto sopra esposto in termini di quadro di riferimento nonché nell'ottica di inserirsi pienamente nel quadro di riforme e di risorse economiche che si stanno delineando all'orizzonte. Si dovrà tenere conto della programmazione regionale: Piano sviluppo regionale, Piano sociosanitario integrato, Piano per la non autosufficienza, Piano regionale per le demenze, della programmazione nazionale ed europea: Piano nazionale ripresa e resilienza (PNRR), Fondi strutturali con particolare riferimento al Fse e al Fesr.

Un grande input alle politiche di settore è stato determinato dall'inserimento, all'interno del PNRR, di specifiche e innovative politiche dedicate alla sanità, ai servizi sociali e sociosanitari ed in particolare:

- Missione 5C2 – Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore:
 1. Rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la cura delle famiglie, delle persone di minore età, degli adolescenti e degli anziani, così come delle persone con disabilità
- Missione 5C3 – Interventi speciali per la coesione territoriale:
 1. Rafforzamento della Strategia nazionale per le aree interne, attraverso misure a supporto del miglioramento dei livelli e della qualità dei servizi scolastici, sanitari e sociali
- Missione 6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:
 1. Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
 2. Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.
 3. Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare

Il PNRR e gli altri documenti prodotti su tali temi dai gruppi di lavoro, avviati in questo periodo a livello nazionale dai competenti Ministeri, saranno utili all'elaborazione del nostro progetto di potenziamento e riorganizzazione dei servizi e della rete di assistenza territoriale.

Obiettivi e azioni

La prospettiva temporale della legislatura, permetterà di mettere in campo un insieme di interventi che risulta necessario programmare fin da ora. Attraverso un'attenta programmazione sociosanitaria, regionale e territoriale, occorre raggiungere l'obiettivo generale di incrementare in termini quantitativi e qualitativi le risposte integrate sul territorio garantendo appropriatezza, rispetto dei livelli essenziali di assistenza e/o degli obiettivi di servizio dati e anche sostenibilità di medio-lungo periodo.

Gli obiettivi specifici possono essere così sintetizzati:

- rafforzare la rete dei soggetti che operano sul territorio attraverso una revisione qualitativa e quantitativa degli obiettivi dei servizi domiciliari e semi residenziali e la redistribuzione delle risorse fra territorio e ospedale;
- dare appropriatezza al sistema, garantendo la permanenza al domicilio, ove possibile, e la qualità dei servizi e dei percorsi ove il ricorso alla residenzialità non sia derogabile;
- potenziare il percorso di cura dell'anziano non autosufficiente e della persona con disabilità, attraverso l'incremento dei servizi di assistenza domiciliare sociale e sanitaria all'interno del percorso di presa in carico da parte dei servizi territoriali;
- innovare profondamente l'attuale sistema dei servizi residenziali, da un lato preservando l'esistente, dall'altro ripensando il modello organizzativo basato su una reale articolazione "modulare" dei servizi;
- garantire personalizzazione ai percorsi, continuità assistenziale ai progetti personalizzati, equità e sostenibilità al sistema.

La realizzazione di questi obiettivi passa necessariamente attraverso un intervento di sistema che deve prevedere le seguenti **azioni**:

- rilevare i diversi bisogni sociali e sanitari riallocando e redistribuendo azioni e risorse oggi disponibili, fra ospedale e territorio;
- potenziare il sistema di accesso ai servizi, sia in termini quantitativi che qualitativi, attraverso l'incremento delle risorse umane dedicate e la realizzazione di percorsi formativi in materia di accoglienza;
- garantire un'ampia e capillare informazione ai familiari e ai caregiver, a supporto di una maggiore fruibilità dei servizi disponibili, attraverso i canali istituzionali e la rete informale;
- favorire, attraverso il sistema di accreditamento, il miglioramento continuo della qualità delle strutture sociosanitarie, riducendo la variabilità delle performance assistenziali e promuovendo una cultura di attenzione agli aspetti psicologico-relazionali connessi all'attività di cura e alla sicurezza dei pazienti, anche nell'ambito della lungo-assistenza;
- realizzare una infrastruttura informatica unica regionale che accorpi i singoli gestionali territoriali e permetta di omogeneizzare e standardizzare i processi sociosanitari su tutto il territorio regionale, dalla programmazione dei servizi alla erogazione di tutti gli interventi;
- favorire la progettazione territoriale integrata in materia di silver housing e residenzialità leggera (gruppi appartamento).

Ridisegnare e rafforzare la filiera dei servizi

Il cardine del sistema restano i riferimenti già previsti dalla L.R. 66/08, ribaditi a livello nazionale dal DPCM Lea del 12 gennaio 2017: sistema dell'accesso fondato sui punti insieme, prima lettura del bisogno, valutazione multi professionale, progetto personalizzato (budget di salute).

Le risorse vengono erogate tramite il fondo per la non autosufficienza e il fondo sanitario alle Società della Salute o Zone distretto della Regione e da queste utilizzate attraverso la compiuta realizzazione di un sistema unico di accesso per le persone non autosufficienti che, superando la logica della frammentazione e della settorialità di erogazioni di singole prestazioni, sia in grado di fornire percorsi immediatamente identificabili e facilmente accessibili.

La segnalazione del bisogno che le persone e/o i loro familiari esprimono, deve essere presentata agli sportelli Puntoinsieme presenti su tutto il territorio regionale e i cui riferimenti sono tenuti aggiornati attraverso il sito di Regione Toscana. Al Puntoinsieme la segnalazione può pervenire anche tramite i MMG/PLS, Servizi Specialistici o attraverso le reti di prossimità – sportelli organizzati dalle Associazioni, CAF, Botteghe della Salute, Centro di Ascolto Regionale – che offrono un servizio di informazioni e orientamento. La rete dei servizi per l'accesso così

rappresentata costituisce uno dei livelli base di cittadinanza sociale che deve essere garantito sull'intero territorio, facilitando un accesso unificato ai percorsi di presa in carico, eliminando e semplificando i passaggi che la persona stessa e i suoi familiari devono compiere. Anche le **Agenzie di Continuità Ospedale Territorio (ACOT)**, che costituiscono un ulteriore nodo della rete dell'accesso, attivano il percorso di presa in carico per la persona in dimissione complessa dal presidio ospedaliero, fornendo direttamente al PUA le informazioni cliniche necessarie per la valutazione e la presa in carico territoriale della persona.

La presa in carico avviene da parte della Unità di Valutazione Multidisciplinare che è formata dalle professionalità sociali e sanitarie necessarie (un medico di comunità un assistente sociale e un infermiere quali personale stabile, integrata dal MMG della persona e, sulla base del bisogno, da altri professionisti) a verificare le capacità funzionali della persona, il suo stato di salute, la sua rete relazionale e a stilare, conseguentemente e tramite l'applicazione di strumenti scientificamente testati ed uguali sul territorio della Regione Toscana, il Progetto Assistenziale Personalizzato.

Allo scopo di avviare la riorganizzazione del sistema sociosanitario appare essenziale intervenire su due precise dimensioni:

- rafforzare il livello di programmazione, organizzazione e gestione territoriale, rappresentato sulla base della normativa di riferimento (L.R. 40/05) dalla Società della Salute o dalla Zona distretto. In questo secondo caso è altresì essenziale che si proceda attraverso lo strumento della convenzione sociosanitaria, alla definizione del modello di funzionamento territoriale, in una logica di rispetto di alcuni criteri comuni (garanzia di omogeneità ed equità del sistema) ma anche delle peculiarità dei singoli territori (principio di sussidiarietà, valorizzazione buone prassi).
- ricomporre il frazionamento delle risorse attraverso l'unità delle quali sarà possibile costruire progetti personalizzati, multidimensionali e rispettosi delle necessità ma anche delle aspirazioni delle singole persone. Tale percorso di ricomposizione economica è auspicabile possa essere guidato anche da logiche sovra regionali, attraverso un rinnovato dialogo fra ministeri che tenga conto della necessità di avere una visione comune, convergente e integrata quando si parla di politiche sociosanitarie.

La necessità di strutturare una filiera di servizi diversificata su tutto il territorio regionale consentirà di favorire il principio di prossimità e vicinanza. E permetterà altresì di avere a disposizione un paniere di risposte diversificate e appropriate da utilizzare sulla base della valutazione multidimensionale dell'anziano e delle preferenze personali e familiari.

Gli ambiti di azione possono essere suddivisi in quattro tipologie: prevenzione, domicilio, servizi semi residenziali, servizi residenziali

A) ambito della “prevenzione”:

- **promuovere l'invecchiamento attivo.** L'invecchiamento attivo è definito dal OMS come *“processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano”*. Significa essere attivi o attivarsi in maniera formale o informale in uno o più ambiti della sfera sociale (mercato del lavoro, volontariato, relazioni sociali, educazione permanente, assistenza a familiari con disabilità, ecc.) o anche personale (attività del tempo libero, hobby, turismo, giardinaggio, musica, ecc.), scegliendo liberamente l'attività o le attività nelle quali impegnarsi, a seconda delle proprie aspirazioni e motivazioni. In considerazione dei suoi effetti positivi sugli individui, l'invecchiamento attivo può essere considerato uno strumento di prevenzione per aspirare quanto più possibile a un invecchiamento in salute. L' invecchiamento attivo (active ageing) è dunque un mezzo tra

altri strumenti di prevenzione, come, ad esempio, un'alimentazione corretta, ecc.) per aspirare all'invecchiamento in salute (healthy ageing).

- **Mappare la fragilità, promuovere la medicina d'iniziativa e sviluppare l'infermiere di famiglia.** Questi interventi sono caratterizzati da un orientamento alla gestione proattiva della salute, attraverso la promozione di corretti stili di vita, l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione. Inoltre, con la sanità di iniziativa si prevede un modello assistenziale che fornisce una buona gestione delle malattie croniche, invitando le persone a sottoporsi ai controlli e offrendo loro un insieme di interventi personalizzati che, iniziando prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, possano curarla nel corso anni e rallentarne l'evoluzione. Il progressivo sviluppo del ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità potrà essere valorizzato anche all'interno del mondo della non autosufficienza, in stretta sinergia con i servizi e la medicina territoriale.
- **Rete dei servizi di prossimità**
Fra i principali nodi della rete vanno menzionati i servizi di prossimità (come ad esempio la rete delle Botteghe della Salute). Tali servizi, sospesi tra il sistema di welfare formale, organizzato e regolato, e il privato informale, sviluppano la propria azione sia fornendo informazione e supporto che sviluppando servizi comunitari di tipo promozionale. Per la maggior parte dei casi sono attivati e sostenuti da soggetti appartenenti al terzo settore e anche quando sono agganciati in qualche modo alla sfera delle attività delle amministrazioni locali, si caratterizzano per essere strutture a bassa soglia (es. Comunità consapevole e solidale verso la demenza, Caffè Alzheimer, Atelier Alzheimer).

B) Ambito del domicilio: Interventi per l'autonomia - Rafforzamento degli interventi dei servizi sociali e sanitari per garantire dimissioni anticipate e prevenire il ricovero in ospedale

- **Valorizzare e sostenere il ruolo dei caregiver e delle assistenti familiari nella presa in carico dell'anziano.** Per quanto riguarda i caregiver sarà fornito un adeguato supporto per quanto concerne l'orientamento e l'accompagnamento rispetto ad interventi e opportunità che la rete (formale e informale) mette in campo, nonché saranno proposti percorsi formativi e interventi di tipo psicologico e/o sociale. Per quanto riguarda le assistenti familiari sarà favorita una maggiore qualificazione del lavoro di cura e contestualmente si ricercherà una loro maggiore integrazione nella rete dei servizi. Allo scopo di valorizzare l'esperienza lavorativa e favorire l'incontro domanda/offerta di lavoro di cura qualificato, sarà utilizzato il sistema di accreditamento dei servizi alla persona, di recente rinnovato nella nostra Regione e saranno avviati percorsi formativi in stretta collaborazione con le organizzazioni sindacali.
- **Sviluppare e implementare l'accreditamento sociale dei servizi integrati.** La Regione Toscana ha di recente rinnovato e semplificato il proprio sistema di accreditamento, prevedendo da un lato una riduzione degli requisiti e degli indicatori, e dall'altro trasformandolo da formale a sostanziale. Il sistema di qualità consentirà al sistema e agli operatori pubblici e privati di accrescere il livello qualitativo di strutture e servizi, anche attraverso una mirata formazione.
- **Percorsi in coprogrammazione e coprogettazione.** Mettere insieme competizione e collaborazione ha lo scopo di sfruttare al meglio la capacità propositiva e la carica innovativa. La maggiore apertura dell'Ente pubblico grazie ai nuovi strumenti normativi

disponibili, dovrà incontrare la disponibilità degli Enti del Terzo settore e dei Soggetti accreditati che vogliono svolgere servizi per il pubblico, soprattutto se sotto la forma della collaborazione progettuale, ad innalzare e garantire la qualità dei servizi resi in base agli standard previsti.

- **Promuovere il progetto personalizzato e il budget di salute**, quest'ultimo quale strumento per l'integrazione sociosanitaria, costituito da risorse sanitarie e sociali e da ogni altra risorsa disponibile e utile a soddisfare il bisogno della persona tenendo conto delle sue aspirazioni, riconvertendo le risorse destinate a servizi istituzionalizzanti o comunque convenzionali a sostegno di percorsi d'inclusione.
- **Utilizzare la telemedicina e altre tecnologie assistive.** L'utilizzo di tecnologie digitali a supporto dell'attività di monitoraggio delle condizioni di benessere della persona nei vari ambiti di vita (in primis quello domiciliare), può consentire di individuare segni di allerta precoce, ottimizzare il bisogno di visite specialistiche e ridurre l'istituzionalizzazione, accrescendo il senso di sicurezza percepito dalle persone a casa propria, migliorando al contempo la qualità della propria vita.
- **Promuovere l'abitare inclusivo, diffuso e sostenibile/Housing sociale/portierato sociale** soluzioni abitative sperimentali, integrate con i servizi socioassistenziali e sociosanitari territoriali, alternative alle tradizionali strutture residenziali, che incentivano l'abitare degli anziani o delle persone con disabilità verso abitazioni specificatamente attrezzate per i fini assistenziali all'interno del territorio di riferimento, superando una condizione abitativa caratterizzata da frequenti "criticità" (quali incidenti domestici, attrezzature inadeguate, barriere architettoniche, significativi sforzi di gestione) e promuovendo un circolo virtuoso finalizzato anche alla rigenerazione del tessuto sociale nonché urbano.
Tra i servizi che tale sistema offre, possono esservi: alloggi accessibili a misura di anziano; spazi comuni e di aggregazione; spazi all'aperto attrezzati per le necessità degli anziani; percorsi e aree per ginnastica e passeggiate; servizi sociosanitari, assistenza medica di base, assistenza infermieristica e farmaceutica, servizi socio assistenziali; servizi alberghieri; incentivazione del sistema dei trasporti. Un'offerta pienamente in linea con le indicazioni dell'OMS, che puntano alla crescita della partecipazione civica, del rispetto e dell'inclusione sociale, del rinnovamento degli alloggi e del miglioramento degli spazi collettivi
- **Progetto Pronto Badante.** Il Progetto Pronto Badante, ha rappresentato in questi anni di sperimentazione una opportunità per le famiglie di avere un pronto intervento al domicilio in caso di situazioni improvvise di non autosufficienza temporanea o definitiva della persona anziana. Il progetto inoltre rappresenta un'azione di partenariato sociale di particolare interesse: necessita a questo punto di essere maggiormente incluso all'interno delle politiche regionali. A tale scopo sarà necessario implementare la sinergia pubblico privato e rafforzare la governance pubblica, trasformando il servizio in una vera e propria opportunità per le badanti di essere accreditate, inserite in elenchi pubblici e formate e diffondendo così l'emersione del fenomeno. Contestualmente le famiglie continueranno a ricevere informazioni e sostegno ma anche interventi di bassa soglia per le persone lievemente non autosufficienti, complementari a quelli messi a disposizione dal servizio pubblico (es. pasti a domicilio, aiuto per l'alzata e per il pasto, compagnia...).
- **Assistenza domiciliare ed extra-domiciliare**
Saranno rivisitati e riprogrammati i servizi di assistenza domiciliare che siano in grado di sostenere e di ampliare la parte medico-infermieristica, prevedendo la presenza

dell'infermiere di famiglia e di comunità che affianchi il MMG nella gestione delle prestazioni sanitarie (visite domiciliari, prestazioni infermieristiche, somministrazione di farmaci, ecc.). Saranno sviluppati interventi di aiuto e supporto per incidere sulle aree della mobilità domestica ed extra domestica, della socialità e della affettività (partecipazione ad attività e a luoghi di aggregazione) oltre che sul versante dei bisogni personali (igiene, alimentazione, piccole commissioni, ecc.). Dovrà essere promossa maggiore integrazione fra assistenza domiciliare infermieristica e sociale, sia in termini quantitativi (numero di ore) che qualitativi. Tali interventi saranno particolarmente preziosi per persone affette da demenza e per le loro famiglie.

- **Infermiere di famiglia e di comunità.**

La figura dell'infermiere di famiglia e di comunità è stata inserita nell'ordinamento sanitario regionale abbastanza recentemente (2018). Nel rafforzare e diffondere il modello, risultano determinanti le sue funzioni in materia di sostegno ai percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio, nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e socio sanitari residenziali e semiresidenziali. Si tratta quindi di una figura con competenze "estese" che dovranno rappresentare il normale patrimonio di tutti gli infermieri delle cure primarie. In particolare sarà essenziale il suo contributo in ambito riabilitativo, per garantire al domicilio la cura di stomie e la gestione di nutrizione artificiale, ventilazione domiciliare, cure palliative. Attraverso la sua figura, quella del MMG nonché la funzione dell'ACOT, potrà essere potenziata la rete territorio-ospedale-territorio garantendo, presso il domicilio, servizi assistenza domiciliare sanitaria e sociale per l'anziano. Per il finanziamento di tali attività integrate potrà essere prevista l'attivazione di voucher ovvero il potenziamento dei pacchetti di interventi multiprofessionali o l'assistenza psicologica presso il domicilio.

- **Appartamenti per anziani lievemente non autosufficienti**

Le strutture a bassa intensità assistenziale sono già presenti all'interno della normativa regionale toscana. Si tratta di soluzioni che hanno la finalità di mantenere l'autonomia delle persone anziane e prevenirne isolamento ed emarginazione, favorendone piuttosto i rapporti interpersonali. E' però necessario promuovere una politica territoriale che, anche attraverso la riconversione di strutture autorizzate per finalità diverse, come le RSA, consenta la realizzazione di gruppi appartamento coordinati e integrati con i servizi territoriali che al bisogno, vi proiettano servizi infermieristici o sanitari personalizzati. Ciò consentirebbe al sistema di garantire appropriatezza e sostenibilità.

C) Servizi semi residenziali

- **Centri diurni anziani**

I centri diurni sono strutture sociosanitarie che svolgono funzioni di carattere riabilitativo e di mantenimento delle potenzialità e dell'autonomia. Consentono la permanenza a domicilio, il sostegno alla famiglia e l'erogazione di prestazioni sociosanitarie e di riabilitazione che favoriscono il benessere fisico e relazionale.

Costituiscono un'importante alternativa al ricovero in RSA, promuovono lo sfruttamento delle risorse residue dell'anziano ed evitano l'ospedalizzazione inappropriata.

Su tutto il territorio regionale (e nazionale) il loro numero è ridotto e la loro distribuzione territoriale disomogenea. Altrettanto diversificata è l'attività che si svolge al loro interno, siano essi centri diurni per anziani non autosufficienti che centri diurni Alzheimer.

Sarà quindi opportuno potenziarli nel numero e favorirne, attraverso un'attenta programmazione territoriale, la diffusione in tutte le Zone distretto della Regione. Altrettanto importante sarà lavorare con le associazioni (già attive su questo tema) e i professionisti per predisporre protocolli da utilizzare all'interno delle strutture, favorendo

così la diffusione di uno o più modelli di riabilitazione e cura che li qualificano sempre più dal punto di vista del servizio offerto. Tale attività sarà svolta in stretta relazione con il sistema di accreditamento regionale che ne permette un accurato monitoraggio.

D) Servizi residenziali

- Il tema delle RSA è stato affrontato da un gruppo di lavoro multiprofessionale e interistituzionale che ha analizzato punti di forza e di debolezza del sistema alla luce del Covid 19. Ne sono scaturite una serie di proposte di intervento e azioni sulle quali è stato costruito un percorso di attuazione in stretta sinergia e collaborazione con tutti gli attori del sistema. L'obiettivo è rafforzare il sistema ed avviare una riflessione sulle tematiche emerse che porti ad una innovazione e ad una riqualificazione dell'offerta, sia in termini strutturali che di qualità dei servizi.
- Il documento prodotto dal Gruppo di lavoro “**Ridefinizione del ruolo e riqualificazione dell'offerta delle RSA**”, allegato B, parte dalla centralità della programmazione e della governance pubblica, evidenziata più volte dalla DGR n. 995/2016, con riferimento specifico alla residenzialità sanitaria assistita, si sostanzia principalmente nella elaborazione a livello territoriale di una precisa analisi dei bisogni di salute della popolazione anziana non autosufficiente, dell'offerta assistenziale esistente e del fabbisogno di posti letto, con particolare riferimento a quelli residenziali e semiresidenziali.
- Le linee di indirizzo della Regione Toscana definiscono altresì strumenti di monitoraggio e valutazione, in un'ottica di omogeneizzazione dei servizi a livello regionale, in una logica di appropriatezza e stratificazione dei profili clinici e assistenziali che tenga conto dei livelli di spesa sostenibili da parte del SSR e dei Comuni.
- Il processo di revisione promuove una governance regionale e aziendale congiunta, orientata a creare modelli omogenei nelle tre aree vaste, supportato dagli elementi conoscitivi elaborati da ARS e Laboratorio Management e Sanità (MeS), da tempo impegnati su questo fronte. I numerosi studi e monitoraggi prodotti potranno rappresentare un valido elemento di discussione e confronto per l'elaborazione di una strategia unitaria e coerente.

Modalità di attuazione delle azioni e monitoraggio

Le azioni saranno attivate nel corso della legislatura, attraverso la definizione di specifici documenti dedicati ai diversi temi con la previsione di una calendarizzazione degli interventi e attraverso l'apertura di un confronto attento con il territorio che passa, ove utile e opportuno, per la modalità operativa dei gruppi di lavoro.

Sarà potenziata la rilevazione dei dati di contesto sui singoli fenomeni anche attraverso la collaborazione con i diversi attori del sistema (Ars, Laboratorio Mes del Sant'Anna di Pisa, Gruppo regionale Rischio clinico, Irpet, ecc.).

Sarà monitorato l'andamento delle azioni attraverso un sistema di indicatori che consenta una lettura dei risultati in termini di processo e di output e un benchmarking costruttivo fra i diversi territori.